



就 職 願 書

年 月 日現在

年 月撮影

・写真を貼る場合
直近3ヶ月以内、正
半身胸から胸から上
・写真はデータファ
イルでも可

大きさ
縦4cm×横3cm

受験番号 (病院使用欄)	ふりがな		
	氏名	男 ・ 女	
	生年月日	西暦	年 月 日 (満 才)
現住所	(〒)		TEL() - E-mail
可否連絡先※1	(〒)		TEL() -
緊急連絡先	氏名	あなたとの関係	TEL() -

(学歴)						
期間			学校名	学部・科名	所在地	備考
西暦	年	月	入	高校		
西暦	年	月	卒			
西暦	年	月	入			
西暦	年	月	卒			
西暦	年	月	入			
西暦	年	月	卒			
西暦	年	月	入			
西暦	年	月	卒			

(医療系保有国家資格)				
看護師	国家試験合格年月日	S ・ H ・ R	年 月 日	第 回 登録番号
	同免許証交付年月日	S ・ H ・ R	年 月 日	
助産師	国家試験合格年月日	S ・ H ・ R	年 月 日	第 回 登録番号
	同免許証交付年月日	S ・ H ・ R	年 月 日	
保健師	国家試験合格年月日	S ・ H ・ R	年 月 日	第 回 登録番号
	同免許証交付年月日	S ・ H ・ R	年 月 日	

(学会・語学等、看護協会などの公的な資格)※2				
学会／協会他	ICLS ・ BLS	西暦	年 月 日	取得
	NCPR Aコース	西暦	年 月 日	取得
		西暦	年 月 日	取得
TOEFL ・ TOEIC (点) 語学留学等による語学力 (語)(語)				

教育	これまで受講し習得した 内容・研修項目	
	レベルまたはラダー	助産実践能力習熟段階(CLoCMiP)レベル () 院内ラダーレベル ()

※注:①可否連絡先:受験後試験結果を送付する住所を記入願います。②学会・看護協会などの公的な資格:BLS.ACLS等技術及び、診療報酬加算の対象となる資格を含みます。

(職務経歴)

勤務期間	勤務先／職位(役割)	勤務部署概要／主な業務内容	退職理由
西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで			
西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで			
西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで			
西暦 年 月 から 西暦 年 月 まで			
志望動機(前職を退職した理由を含め)			
当院へ貢献できること(どの部署でどう働き貢献したいか)			
ライフビジョン／ストレス解消法			

(これまでの経験)			
分娩介助件数	ハイリスク分娩介助件数	無痛分娩介助件数	
件	件	件	

採用試験希望日 (いくつか日程をご提示ください)		就業可能年月日	西暦 年 月 日
希望住居	()独身寮希望 ()社宅(世帯者用)希望 ()自宅から通勤する ()自己解決する	配偶者	有 ・ 無
		配偶者の扶養義務	有 ・ 無
通勤時間	約 時間 分 最寄駅()	扶養家族数 (配偶者を除く)	人